

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
**Cinque raccomandazioni della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)**

<b>1</b>	<p><b>Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.</b></p> <p>La Bronchiolite è la più frequente infezione delle basse vie aeree nel bambino di età inferiore a 1 anno. È causata da virus, il più comune dei quali è il virus respiratorio sinciziale (VRS). La maggior parte dei bambini affetti da bronchiolite guarisce spontaneamente. Non ci sono prove, nonostante il loro abituale utilizzo, che farmaci broncodilatatori e cortisonici utilizzati per aerosol o cortisonici utilizzati per via sistemica siano utili per migliorare il decorso della malattia o in grado di evitare il ricovero, né che esistano altre terapie efficaci.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.</b></p> <p>L'urinocoltura va eseguita dopo aver riscontrato la presenza di leucociti e/o nitriti alla determinazione con multistick o all'esame microscopico delle urine oppure, nei casi particolarmente suggestivi, assieme all'esame urine stesso. In assenza di un multistick o di un esame urine alterati, infatti, non è possibile valutare se l'eventuale positività dell'urinocoltura sia attribuibile ad una vera infezione urinaria, ad una contaminazione del campione o ad una batteriuria occasionale. Per la raccolta del campione di urine è raccomandata la metodica del "mitto intermedio" (raccolgere in un contenitore sterile un campione di urina del mattino dopo aver scartato il primo getto).</p>
<b>3</b>	<p><b>Non trattare sistematicamente una febbre, in assenza di altri sintomi. Se si decide di trattare, fare ricorso a dosaggi appropriati, evitando l'uso combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene.</b></p> <p>I farmaci ad azione anti febbrile di prima scelta per il bambino sono paracetamolo ed ibuprofene. La febbre necessita di trattamento farmacologico solo se e quando provoca malessere e/o si associa a dolore. I farmaci anti-febbrili non devono essere utilizzati con l'unico obiettivo di abbassare la temperatura corporea del bambino con febbre. Quest'ultima modalità, infatti, induce ad utilizzare i farmaci anti-febbrili in modo improprio ed eccessivo e molto spesso ad un uso combinato/alternato che nella maggior parte dei casi non è necessario per la salute e il benessere del bambino, con il rischio di incorrere in spiacevoli ed evitabili effetti collaterali. Per garantire la loro efficacia Paracetamolo e Ibuprofene devono essere utilizzati alla dose corretta. È possibile sostituire un farmaco con l'altro qualora il primo non si dimostri efficace nella gestione del malessere/dolore.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.</b></p> <p>I farmaci cortisonici esercitano una potente azione antipiretica e antiinfiammatoria ma il loro utilizzo deve essere riservato a condizioni in cui l'entità della risposta infiammatoria ponga a rischio le condizioni di salute del bambino. Non vanno utilizzati per la gestione degli episodi febbrili del bambino legati alle frequenti infezioni delle prime vie aeree tipiche dell'età prescolare. I cortisonici sistemici agiscono esercitando una potente azione immunosoppressiva e possono favorire infezioni opportuniste o esacerbare infezioni virali. La decisione di intraprendere una terapia con i cortisonici deve tenere in considerazione i potenziali rischi ed è fortemente sconsigliata per il trattamento della febbre di origine indeterminata.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.</b></p> <p>Non di rado accade che vengano prescritte terapie topiche veicolate con doccia nasale micronizzata per la gestione delle infezioni delle prime vie aeree (in particolare otiti, rinosinusiti, ipertrofia adenoidea, rinofaringiti, etc.). Nella maggior parte dei casi si tratta di farmaci cortisonici e antibiotici, questi ultimi utilizzati off-label per formulazione e indicazione terapeutica. In nessuna delle linee guida per il trattamento di tali infezioni è prevista o viene raccomandata tale pratica terapeutica. Alcune evidenze emergono solo per il trattamento con soluzione ipertonica e acido ialuronico. Vanno pertanto scoraggiate le pratiche terapeutiche nasali topiche con farmaci non specificamente autorizzati a questo scopo.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

La Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) a cui aderisce la maggior parte dei pediatri di famiglia italiani, sta lavorando da alcuni anni allo sviluppo di progetti finalizzati alle Buone Pratiche Cliniche. Trovando consonanza con il progetto Choosing Wisely Italy ha deciso di divenire socia di Slow Medicine. Si è costituito un gruppo di lavoro ad hoc che ha individuato una lista di pratiche a rischio di inappropriately all'interno della tipicità professionale delle cure primarie e le ha sottoposte alla valutazione dei propri iscritti ai quali è stato chiesto il grado di accordo/disaccordo circa le raccomandazioni relative alle pratiche a rischio di inappropriately proposte. Il gruppo di lavoro ha analizzato i risultati dei 1.046 questionari ricevuti ed ha individuato le 5 pratiche a maggior rischio di inappropriately sulla base del grado di disomogeneità di giudizio ottenuto (variabile proxy).

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. AAP, CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics 2014</li><li>2. NICE Bronchiolitis in children: diagnosis and management 2015</li><li>3. Kavita Parikh, Matthew Hall, and Stephen J. Teach. Bronchiolitis Management Before and After the AAP Guidelines. Pediatrics 2014; 133:1 e1-e7; published ahead of print December 2, 2013, doi:10.1542/peds.2013-2005</li><li>4. Ayobami T. Akenroye, Marc N. Baskin, Mihail Samnaliev, and Anne M. Stack. Impact of a Bronchiolitis Guideline on ED Resource Use and Cost: A Segmented Time-Series Analysis. Pediatrics 2014; 133:1 e227-e234; published ahead of print December 9, 2013, doi:10.1542/peds.2013-1991</li><li>5. Callegaro S, Andreola B, Mastroiacovo P, et al. Quale aderenza alle raccomandazioni di una linea guida per la gestione della bronchiolite acuta? Risultati di uno studio multicentrico italiano. Pneumologia Pediatrica 2008;29:21-31.</li><li>6. R.Sacchetti, N.Lugli, S.Alboresi, M.Torricelli, O.Capelli, L.Borsari, A.Ballestrazzi. Studio osservazionale multicentrico sulla bronchiolite nella Regione Emilia Romagna (SOMBRERO). Medico e bambino 2015; vol.34 n.6:376-381</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <a href="https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(14)01181-6/fulltext">https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(14)01181-6/fulltext</a></li><li>2. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/CG54">https://www.nice.org.uk/guidance/CG54</a></li><li>3. <a href="http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/11/24/peds.2016-3026.full.pdf">http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/11/24/peds.2016-3026.full.pdf</a></li><li>4. <a href="https://emedicine.medscape.com/article/969643-overview">https://emedicine.medscape.com/article/969643-overview</a></li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Chiappini E, et al. Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. Clin Ther 2009;31:1826-43. Guidelines.</li><li>2. La gestione di febbre e dolore in età pediatrica - Sipps (<a href="https://www.sipps.it/pdf/editoriale/GestioneFebbreDolore.pdf">https://www.sipps.it/pdf/editoriale/GestioneFebbreDolore.pdf</a>)</li><li>3. Gestione del segno e sintomo febbre in pediatria Aggiornamento 2016 delle Linee Guida italiane (<a href="https://www.sipps.it/pdf/rivista/2017_03s.pdf">https://www.sipps.it/pdf/rivista/2017_03s.pdf</a>)</li><li>4. Fever in under 5s: assessment and initial management (CG160) NICE Clinical guideline Published May 2013 Last updated August 2017</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. National Institute for Health and Care Excellence. Feverish illness in children (CG160). May 2013. <a href="http://guidance.nice.org.uk/CG160">http://guidance.nice.org.uk/CG160</a> (Accessed on June 14, 2018).</li><li>2. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs, Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics 2011; 127:580.</li><li>3. Chiappini E, Venturini E, Remaschi G, et al. 2016 Update of the Italian Pediatric Society Guidelines for Management of Fever in Children. J Pediatr 2017; 180:177.</li><li>4. Brunton L., Chabner B.A., Knollman B. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, Twelfth Edition 12th Edition</li></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. N. Principi, S Esposito, Nasal Irrigation: An Imprecisely Defined Medical Procedure Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 516;</li><li>2. P.-L. Bastier, A. Lechota, L. Bordenaveb,c, M. Durandc, L. de Gaborya Nasal irrigation: From empiricism to evidence-based medicine. A review Head and Neck diseases European Annals of Otorhinolaryngology, 132 (2015) 281–285</li><li>3. Clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA. Clin Infect Dis 2012;54:e72-112.</li><li>4. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, et al.. Allergy Asthma Clin Immunol 2011;7:2.</li><li>5. American academy of pediatrics: Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Wald, E.R.; Applegate, K.E.; Bordley, C.; Darrow, D.H.; Glode, M.P.; Marcy, S.M.; Nelson, C.E.; Rosenfeld, R.M.; Shaikh, N.; Smith, M.J.; et al. Pediatrics 2013, 132, e262–e280.</li></ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

La **Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)**, con gli oltre 5.300 iscritti, è l’organizzazione di categoria ampiamente più rappresentativa dei pediatri di libera scelta d’Italia. Per Statuto la FIMP riveste sia il ruolo di rappresentanza di categoria sia il ruolo di associazione professionale che svolge attività di tipo culturale e scientifico per la sempre maggiore qualità e competenza professionale dei propri iscritti. Nella sua veste di Società Scientifica è iscritta alla Federazione Italiana delle Società Medico-scientifiche (FISM) e, come tale, coopera ad attività di studio e a progetti scientifici in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute e il Ministero dell’Istruzione. La Segreteria Scientifica della FIMP è organizzata in Aree Tematiche e in Gruppi di Studio. Le attività collegate al Progetto Choosing Wisely vengono coordinate dall’Area delle Buone Pratiche Cliniche.